CONCOURS D'AGRÉGATION

de Chirurgie et d'Accouchements (1901).

EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

D[r] JEANBRAU

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1901

TITRES SCIENTIFIQUES

Externe des hopitaux de Montpellier (Concours de 1894).

Interne des hopitaux de Montpellier (Concours de 1896).

Aide de médecine opératoire a la Faculté (Concours de 1897).

Docteur en médecine (1898).

Chef de clinique chirurgicale a la Faculté
(Concours de 1898).

Membre et Secrétaire de la Société des sciences médicales de Montpellier (1897-1898, 1899-1900).

Membre correspondant de la Société anatomique (1899).

Lauréat de la Faculté de médecine de Montpellier :
Mention honorable : Concours de 1894.
Médaille d'argent : Concours de 1895.
Médaille d'argent : Concours de 1896.

Lauréat du prix Bouisson (Mille francs), 1899.

Lauréat du prix Fontaine (Mention honorable), 1899.

Mention honorable de l'Académie de médecine
(Prix Perron, 1900).

Lauréat de la Société de chirurgie
(Prix Ricord, 1900).

ENSEIGNEMENT

Conférences cliniques dans le service de M. le professeur Truc (1898).

Conférences cliniques dans le service de mon maître, M. le professeur Forgue (1898, 1899, 1900).

Contre-visites de chirurgie dans le service de M. le professeur Forgue (semestres d'hiver 1898 et 1899).

Part prise à une conférence d'internat (1898-99-1900).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Hémolymphangiome fissuraire caverneux de la lèvre supérieure. (*Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1899.)

Jeune fille de 23 ans qui portait une petite tumeur sous-cutanée, réductible, sur la partie gauche de la lèvre supérieure. On fit le diagnostic d'angiome fissuraire. L'extirpation permit d'en faire l'examen histologique et M. Bosc reconnut qu'il s'agissait d'un hémolymphangiome caverneux. Sur les coupes, on trouvait des nodules de structure embryonnaire renfermant des cellules géantes et des capillaires de nouvelle formation. Cette constatation avait été signalée déjà par Pilliet qui considérait histologiquement certains angiomes comme des angio-sarcomes; elle permet de se demander si les néoformations vasculaires congénitales ne sont pas susceptibles de devenir le siège de proliférations cellulaires relevant des endothéliums ou des cellules fixes et capables d'acquérir, par suite, des caractères de malignité.

Notre malade, qui récidiva, a été malheureusement perdue de vue.

Recherches sur la nature histologique des tumeurs mixtes de la parotide (en collaboration avec M. le professeur Bosc); 73 pages et 16 figures. (*Arch. provinciales de médecine*, mai et juin 1899.)

Travail auquel l'Académie de médecine a décerné une mention honorable : Prix Perron, 1900.

Cette étude repose sur l'examen détaillé de huit tumeurs mixtes de la parotide, dont trois avaient été enlevées par M. le professeur Forgue. On sait, et M. le professeur Berger a écrit un historique très complet de la question dans son étude récente sur les tumeurs mixtes du voile du palais, que deux opinions contraires sont actuellement en présence: d'après l'une, les tumeurs mixtes de la parotide seraient de nature conjonctive et appartiendraient à la classe des sarcomes. Développées surtout aux dépens des endothéliums sanguins ou lymphatiques, les modifications diverses de la trame conjonctive et la disposition des formations cellulaires ont permis de distinguer des variétés comme l'*endothéliome pur*, le *chondro-myxo-endothéliome*, le *myxo-chondro-sarco-endothéliome*, le *myxo-sarcome cylindromateux*, etc. D'après la seconde opinion, ces tumeurs seraient de nature épithéliale. Elles présenteraient toutefois des modifications de la trame conjonctive en tissu myxomateux, chondromateux et même sarcomateux; de telle sorte qu'il s'agirait bien ici de tumeurs mixtes, conjonctives-épithéliales dont la dénomination peut être, suivant les cas : *adéno* ou *épithélio-myxome*, *adéno* ou *épithélio-chondrome*, *épithélio-chondro-sarcome*, etc.

La première de ces opinions a été soutenue surtout par les auteurs allemands Kaufmann, Nasse, von Ohlen, Volkmann; la seconde trouve en France le plus grand nombre de ses défenseurs, Thomas, Planteau, Pérochaud, de Laroberie, M. Berger; mais dire *théorie allemande*, *théorie française* nous paraît être le fait d'une terminologie défectueuse actuellement, la théorie conjonctive trouvant en France, et la théorie épithéliale trouvant en Allemagne des défenseurs également convaincus.

Nous avons repris cette question après avoir lu tous les travaux qu'il nous a été possible de trouver sur cette question et après avoir soigneusement étudié les faits qui y sont contenus. De ces recherches, et de l'étude approfondie de nos huit observations,

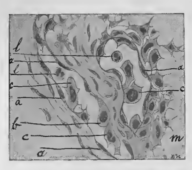


FIG. 2. — Coupe de tumeur de la parotide. — Capillaires lymphatiques à endothéliums tuméfiés. — *Légende : a, a,* cellule endothéliale typique ; *b, c, c,* cellules endothéliales polygonales tuméfiées, faisant saillie dans la lumière ; *l, l,* cellules lymphatiques ; *m,* cellules périthéliales proliférées.

nous avons cru pouvoir conclure que les preuves données jusqu'ici de la nature épithéliale des *tumeurs mixtes de la parotide* sont sujettes à contestation. On ne peut, en effet, affirmer que ces tumeurs sont d'origine glandulaire qu'en procédant, pour les tumeurs mixtes, comme on l'a fait pour le carcinome, c'est-à-dire en recherchant aux dépens de quelles cellules saines se développent les premières cellules cancéreuses. C'est par ce moyen que l'on a pu établir l'origine épithéliale des cellules carcinomateuses. Dans un cancer du sein, par exemple, on arrive toujours à trouver un point où les cellules cancéreuses sont en continuité directe avec

les cellules épithéliales saines de la glande mammaire, et où l'on peut suivre toutes les étapes de cette transformation.

Or on n'a jamais fait une démonstration semblable pour les tumeurs mixtes de la parotide.

Pour cela, il faudrait d'abord qu'on ait constaté la continuité des éléments d'apparence épithéliale, non seulement avec des



FIG. 3. — Tumeur de la parotide. — Capillaire lymphatique dont l'endothélium est en voie de prolifération. — *Légende* : *a*, cellules hypertrophiées obstruant complètement la lumière ; *b*, *b*, cellules endothéliales devenues polygonales cylindroïdes à prolongements.

formations qui simulent des acini ou des conduits glandulaires, mais bien avec des cellules acineuses et des cellules des conduits excréteurs absolument typiques, incontestables, de la parotide.

Dans nos 8 tumeurs, malgré des recherches attentives, nous n'avons pas pu déceler le moindre vestige de la glande parotide.

Toutes ces tumeurs étant nettement encapsulées, l'énucléation avait permis d'extraire la tumeur sans lui laisser adhérer des portions de parotide. Nous attachons une signification très importante à l'absence de toute trace de glande dans la tumeur, et nous la considérons comme un nouvel et important argument contre la

théorie épithéliale. Nous ne sommes pas les seuls à avoir fait cette

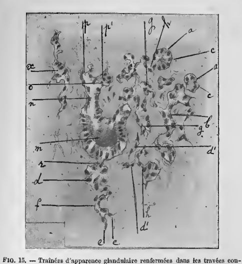


FIG. 15. — Traînées d'apparence glandulaire renfermées dans les travées conjonctives. — *a*, Formation arrondie pseudo-acineuse ; *b*, formation tubulée ; *d*, renflement arrondi communiquant par un petit canal *(r)* avec la grande cavité *(m)*, et d'autre part avec un conduit tortueux *(f)* ; *d' d'*, canalicules lymphatiques normaux ; *g*, dilatation sur le trajet des canaux ; *h*, point de communication des cavités pseudo-acineuses et des canalicules lymphatiques dilatés ; *m*, cavité ressemblant à un canal excréteur de glande ; *n*, prolongement de la cavité aboutissant à des culs-de-sac *(p p')* en rapport avec des radicules lymphatiques ; *x*, début de transformation d'un espace lymphatique en une cavité qui en se dilatant prendra, comme *m*, l'aspect d'un canal excréteur glandulaire.

constatation, car déjà Nasse et Volkmann, ce dernier dans 8 cas,

n'avaient pu trouver nulle part de substance glandulaire au niveau de tumeurs de cet ordre.

Dans un assez grand nombre de cas, on a pu étudier *les rapports qui existent entre la tumeur et les lobules de parotide* enlevéa en même temps que celle-ci et accolés à sa surface. Or, jamais, dit Volkmann, on n'a pu constater de continuité entre le tissu néoplasique et la glande ; ils étaient séparés par une zone fibreuse dont le développement amenait l'atrophie des parties glandulaires situées à la périphérie. Curtis a pu retrouver la glande avec ses acini et ses conduits excréteurs à peine comprimés, mais « partout elle était séparée du tissu néoplasique par une couche épaisse de fibres lamineuses, sans transition aucune aux parties malades. Nous avons seulement pu constater, entre quelques culs-de-sac et autour de certains canaux excréteurs, une infiltration de petites cellules... sans lésion aucune des parties glandulaires ».

Voici le plan de notre travail. Après avoir donné l'exposé très complet de l'examen de nos 8 tumeurs, nous avons étudié en autant de chapitres : 1° la morphologie des cellules des tumeurs mixtes ; 2° la disposition des éléments cellulaires dans la trame du néoplasme ; 3° les rapports qui unissent les éléments d'aspect épithélial et ceux de la trame conjonctive ; 4° l'origine des formations d'apparence épithéliale ; leur nature conjonctive.

Nous concluons que les tumeurs dites mixtes de la parotide (et nos conclusions s'appliquent uniquement aux tumeurs de la parotide) sont de nature conjonctive et prennent naissance au niveau des endothéliums. Ce sont des *endothéliomes*.

L'étude histologique de nombreuses préparations de nos 8 cas nous a montré que le processus proliifératif débute dans les cellules endothéliales des espaces lymphatiques ; il est possible de suivre toutes les transformations depuis la cellule endothéliale typique jusqu'à la cellule étoilée, polygonale, cubique, cylindroïde, ces dernières capables de simuler un revêtement épithélial d'acini ou de conduits glandulaires.

Les éléments conjonctifs d'une même tumeur peuvent subir des

modifications multiples : formations épithélioïdes, myxomateuses, chondromateuses, sarcomateuses... Mais ce ne sont là que des transformations de mêmes éléments, tous de nature conjonctive, de telle sorte que ces tumeurs doivent être définies : *des tumeurs conjonctives à structure complexe.*

Un caa de grenouillette sublinguale. Examen hiatologique de la poche. Pathogénie. (*Nouveau Montpellier médical*, juillet 1898.)

Note sur la pathogénie de la grenouillette sublinguale (avec M. Imbert). (Communication à la *Société anatomique*, avril 1901.)

Pathogénie des grenouillettes (en collaboration avec M. le professeur agrégé Imbert). A paraître dans la *Revue de chirurgie.*

(Travail couronné par la *Société de chirurgie* en 1900 : prix Ricord.)

Dans ce mémoire, écrit en collaboration avec M. le professeur agrégé Imbert, nous avons proposé et tenté d'établir sur une base anatomique une nouvelle pathogénie de la grenouillette commune : nous avons cherché à montrer, par une étude surtout anatomo-pathologique, que cette formation kystique se rattache à un vice de développement du plancher buccal.

1° *Grenouillette à cils vibratiles.* — Nous avons étudié d'abord, comme introduction à notre travail, une curieuse tumeur développée dans le plancher de la bouche, analogue cliniquement à la grenouillette commune, dont elle ne se distingue qu'à l'examen histologique, par l'existence d'un épithélium à cils vibratiles tapissant sa surface interne ; c'est à cette variété qu'il convient de rattacher la fameuse observation de Recklinghausen. Nous n'avons pu relever que six cas de grenouillettes à cils vibratiles : encore la plupart des observations sont-elles dépourvues de détails importants.

La pathogénie de cette variété de tumeurs est depuis longtemps en discussion. Les auteurs rattachent son origine aux vestiges persistants du canal thyréo-glosse qui est, comme on sait, pourvu d'un épithélium à cils vibratiles. Cependant certains faits paraissent difficiles à concilier avec cette hypothèse. Il faut d'ailleurs se souvenir que la muquouse huccale est recouverte, chez l'embryon, au moins dans sa partie postérieure, d'un revêtement cilié. Sans repousser complètement la théorie précédente, il y a donc lieu de se demander si l'épithélium buccal n'interviendrait pas dans la production de certaines grenouillettes par l'enclavement sous la muqueuse, à la période embryonnaire, au moment où naissent les germes des formatious glandulaires, d'amas de cellules ciliées.

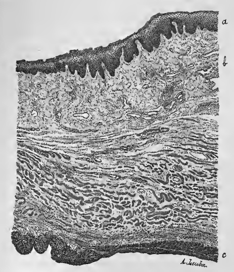
2° *Grenouillette commune*. — Nous venons de voir qu'il existe dans le plancher buccal des formations kystiques tapissées d'un épithélium à cils vibratiles, d'origine congénitale. L'étude histo-pathologique de la grenouillette commune va nous montrer que les idées pathogéniques actuellement admises sont sujettes à contestation et que sa structure la rapproche des autres formations embryonnaires de la région.

De nos observations personnelles et de celles qui ont été publiées antérieurement, nous avons tiré les conclusions suivantes :

L'épithélium de la grenouillette commune est souvent discontinu ; il manque par places ; les rangées de cellules les plus superficielles dégénèrent et tombent dans la cavité du kyste. Cet épithélium paraît même faire défaut parfois complètement, comme dans notre observation personnelle, où il nous fut impossible, sur de nombreuses coupes, de trouver des traces de son existence. Audessous de l'épithélium, on trouve une couche de tissu infiltré de petites cellules rondes, plus ou moins épaisse, souvent très vasculaire, rappelant le tissu embryonnaire. C'est en réalité du tissu lymphoïde et cette couche lymphoïde paraît être constante.

Plus profondément enfin, la paroi est formée d'une couche de tissu conjonctif avec des faisceaux de fibres musculaires striées.

Quant aux lésions glandulaires, nous avons montré qu'elles sont encore mal connues et peuvent se rattacher à différents processus ;



Grenouillette sublinguale. — *a*) Épithélium buccal ; *b*) tissu conjonctif et faisceaux musculaires ; *c*) couche de tissu embryonnaire constituant la surface interne du kyste sans épithélium apparent (observation personnelle).

nous pensons qu'elles relèvent surtout de la compression exercée par le kyste sur les acini glandulaires.

Ces données anatomiques établies, nous avons abordé alors l'étude pathogénique. La théorie de la rétention salivaire est

depuis longtemps abandonnée en France. Nous avons pensé cependant qu'il n'était pas inutile de la discuter, en raison de la faveur qu'elle a rencontrée en Allemagne ; dans un travail important paru dans les *Archives de Langenbeck* de 1897, von Hippel la défendait encore avec conviction. Nos conclusions, d'accord avec celles



Grenouillette sublinguale (observation personnelle). Un point de la figure précédente, vu à un fort grossissement (obj. 8, oc. 2, Verick). *c*) Couche de tissu lymphoïde dans lequel on voit la section d'un capillaire.

des classiques français, repoussent cette explication pathogénique.

La théorie de Suzanne, basée sur des faits parfaitement observés et judicieusement discutés, nous a paru cependant passible de sérieuses objections. On sait que, pour Suzanne, il s'agit essentiellement d'une dégénérescence muqueuse des acini glandulaires.

Or, l'existence même de cette dégénérescence muqueuse n'est pas parfaitement établie. Von Hippel ne l'a jamais vue; nous-mêmes ne l'avons pas rencontrée; les figures de Suzanne, que nous avons reproduites dans notre mémoire, ne nous ont pas paru absolument démonstratives à ce point de vue. Aussi croyons-nous qu'on doive chercher ailleurs que dans cette dégénérescence hypothétique et dont Suzanne ne donne d'ailleurs pas la raison, l'origine de la grenouillette. La paroi de la grenouillette, telle que nous l'avons observée et décrite, nous a paru présenter d'étroites analogies avec d'autres formations congénitales de la région : lorsqu'on examine microscopiquement des coupes de fistules ou de kystes congénitaux du cou, on trouve souvent la même couche de tissu embryonnaire ou lymphoïde que nous avons signalée dans la paroi des grenouillettes : la figure suivante représente un point de cette zone lymphoïde, vue à un fort grossissement, sur une coupe d'un cas personnel.

C'est là un point de contact entre la grenouillette commune et les formations kystiques congénitales du cou qui nous paraît presque décisif; de plus, les observations nous montrent que cette affection a une prédilection marquée pour l'enfance et l'adolescence, caractère commun aux kystes congénitaux du cou.

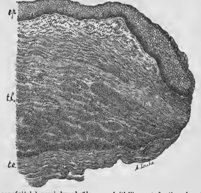
Pour ces différentes raisons que nous avons longuement discutées et que nous avons cherché à appuyer sur des arguments tirés des faits publiés par Robin, Michel, Recklinghausen, Neumann, Bazy, Sonnenberg. Lannelongue, Rosenberg, Sultan, Mintz, etc., nous avons été conduits à penser que la grenouillette commune avait peut-être une origine congénitale et provenait d'un vice de développement encore inconnu dans sa nature, mais pouvant peut-être se rattacher à l'histoire des dérivés branchiaux.

Au point de vue thérapeutique, nous concluons que l'ablation complète de la poche nous paraît être le mode de traitement commandé par l'origine même de la néoformation. A l'exemple de de M. Terrier, on n'hésitera pas à sacrifier la glande sublinguale dans le cas où la paroi kystique lui serait adhérente.

Kyste congénital du cou à paroi lymphoïde. (Communication à la *Société anatomique*, avril 1901.)

Les kystes congénitaux du cou à paroi lymphoïde sont rares, si l'on s'en rapporte au petit nombre d'observations publiées.

Le malade que nous avons observé dans le service de M. le professeur Forgue était un jeune homme de 16 ans qui portait dans



Kyste congénital à paroi lymphoïde : *ep.*, épithélium ; *t. l.*, tissu lypmhoïde ; *t. c.*, tissu conjonctif.

la région carotidienne gauche une tumeur molle du volume d'un œuf. Elle fut enlevée assez facilement, malgré son adhérence sur une longueur de plus de 3 centim. à la veine jugulaire interne.

A l'incision, il s'écoula un liquide blanchâtre, butyreux, contenant des cellules épithéliales du type de Malpighi, en dégénérescence vésiculeuse.

Aspect macroscopique. — La poche kystique était revêtue de tissu conjonctif lâche dans lequel étaient disséminés plusieurs petits ganglions aplatis. La surface interne était lisse, brillante, rosée comme la surface interne de la joue.

Examen microscopique. — La paroi du kyste comprenait deux couches : 1° une couche *épithéliale* continue, formée par 4 à 8 rangées de cellules qui subissent en vieillissant l'évolution cornée ; 2° une couche *sous-épithéliale* et *lymphoïde* formée par un tissu conjonctif fasciculé ou fibrillaire, infiltré de cellules rondes, aboutissant à la formation de nodules et de nappes qui ont les caractères du tissu lymphoïde. En certains points on trouve de véritables follicules lymphatiques.

Ce cas suggère les considérations suivantes : 1° les kystes dits par les anciens auteurs « kystes ganglionnaires » sont ou des abcès froids intra-ganglionnaires enkystés, ou bien des kystes congénitaux dont l'étude histologique n'a pas été faite et dont le revêtement épithélial est passé inaperçu ; 2° la présence du tissu lymphoïde dans la paroi de ce kyste peut être expliquée par l'enclavement d'un amas cellulaire ecto ou endodermique ayant entraîné avec lui une masse de tissu lymphoïde qui est, comme on le sait, très abondant dans la muqueuse de l'arrière-bouche, du pharynx, du larynx et de l'œsophage ; 3° l'analogie qui existe entre ce kyste congénital et la grenouillette commune est manifeste : tous deux ont leur paroi formée de tissu embryonnaire ou lymphoïde. Il est donc permis de penser que cette similitude de structure correspond à une communauté d'origine.

II. — PATHOLOGIE EXTERNE

Énorme angiome diffus de la face et du cou. (*Bulletins de la Société anatomique*, janvier 1900.)

Cet angiome, observé chez un homme de 57 ans, s'était déve-



loppé sur un petit nævus que le malade portait à la partie infé-

rieure de la joue gauche. Vers l'âge de 30 ans, l'angiome commença à grossir et envahit peu à peu la région parotidienne, la lèvre inférieure, les régions mentonnière, sous-maxillaires et sushyoïdiennes, pénétra dans la bouche, diffusa dans la langue, le plancher buccal, le voile du palais. Malgré son volume considérable et auquel parviennent rarement les angiomes, il ne présentait ni souffle ni battements et ne s'accompagnait pas de dilatation des vaisseaux périphériques.

Un cas de granulie laryngée. (Communication à la *Société des sciences médicales de Montpellier*, 21 avril 1899.)

Hernie inguino-interstitielle biloculaire. (Communication à la *Société anatomique*, avril 1901.)

Cette observation, recueillie dans le service de M. le professeur Forgue, correspond très exactement à la définition que M. le professeur Tillaux a donnée de la hernie inguino-interstitielle : « Il existe une hernie inguino-interstitielle, liée à des conditions anatomiques spéciales, véritable hernie inguinale, puisqu'elle ne peut franchir l'anneau externe, et interstitielle, puisque si une force quelconque l'oblige à se développer, elle ne trouve pour cela devant elle que l'interstice des couches de la paroi abdominale. Cette variété ne correspond point à une phase de la hernie inguinale classique ; *par son développement, elle peut devenir ventrale, jamais scrotale.* » Et M. Tillaux ajoute : « La condition anatomique nécessaire pour la production de la hernie inguino-interstitielle vraie, c'est-à-dire permanente, est l'absence ou l'étroitesse extrême de l'anneau du grand oblique de l'abdomen. »

Chez le malade figuré ici, âgé de 27 ans, la hernie, très volumineuse, étalée sous la paroi, coïncidait avec l'absence du testicule dans la bourse du même côté ; celui-ci était situé à la partie

supéro-externe de la hernie. La cure radicale permit de reconnaître les particularités suivantes : 1° l'orifice externe du canal inguinal n'existait pas ; l'aponévrose du grand oblique était éraillée et amincie sur la partie la plus saillante de la tumeur ; 2° le sac s'étalait sous cette aponévrose qu'il avait décollée du petit oblique



Hernie inguino-interstitielle. La zone quadrillée représente la place du testicule en ectopie.

et contenait de l'épiploon adhérent; le testicule, atrophié, était adhérent à sa partie supéro-externe, attaché par un cordon court et inextensible ; 3° le collet du sac plongeait à travers la paroi abdominale suivant une direction légèrement oblique en haut et en dehors; en le libérant, M. Forgue reconnut qu'il présentait un renflement en arrière du petit oblique, de telle sorte que la hernie était en réalité biloculaire et formée de deux portions rattachées par un collet rétréci ; l'une superficielle, étalée sous l'aponévrose du grand oblique ; l'autre profonde, située entre le

fascia transversalis et le transverse. Le schéma suivant montre

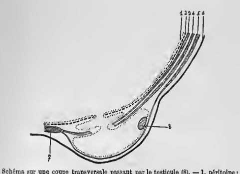


Schéma sur une coupe transversale passant par le testicule (8). — 1, péritoine; 2, fascia transversalis; 3, muscle transverse; 4, petit oblique; 5, grand oblique; 6, peau; 7, grand droit antérieur.

cette disposition. La castration fut pratiquée dans le même temps que l'ablation du sac.

Kyste parovarique contenant 23 litres de liquide albumineux (avec M. le professeur agrégé Moitessier). (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, février 1900.)

Les kystes parovariens diffèrent des kystes mucoïdes de l'ovaire non seulement par leur origine et leur inclusion dans les ligaments larges, mais par leur faible volume et la composition chimique de leur contenu. « Les plus gros contiennent 7 à 9 litres de liquide; ils sont exceptionnels », disent les classiques. Quant à leur contenu, à l'inverse de celui des kystes ovariques, il ne contient ni paralbumine, ni albumine. Ce dernier caractère a été considéré longtemps

comme pathognomonique, et avant que l'ovariotomie ne fût devenue une opération inoffensive, alors qu'on tentait la guérison des kystes par la ponction, l'absence d'albumine était l'argument qui permettait de conclure à leur origine wolfienne.

Le kyste dont il s'agit s'était développé très lentement chez une femme de 50 ans, et remplissait l'abdomen. Il était uniloculaire et contenait 23 litres de liquide. Sur la coupe du pédicule, on voyait la section de la trompe qui, fortement étirée, se perdait en s'amincissant sur la paroi du kyste ; l'ovaire, en état d'intégrité, aplati par compression, se trouvait à la partie interne de la tranche de section du pédicule.

Le liquide était limpide, blanc jaunâtre, très fluide, de réaction alcaline. L'analyse faite par M. Moitessier donna le résultat suivant :

Eau	982gr70
Matières en solution	17 30
Matières organiques	8 20
Sérum albumine	3 40
Sérum globuline	1 18
Fibrinogène	0 00
Matières extractives	3 62
Matières minérales	9 10
Chlorures (en NaCl)	6 40

L'énorme volume de ce kyste, le plus gros peut-être qui ait été relaté depuis l'étude de M. le professeur Duplay sur les kystes des ligaments larges, et la présence dans son contenu de matières albuminoïdes (4 gr. 58 de globuline et d'albumine par litre), sont les particularités intéressantes de ce cas.

Plastron inflammatoire ilio-inguinal secondaire à un abcès pelvien pris pour un fibrome de la paroi abdominale. (Communication à la *Société des sciences médicales de Montpellier*, 26 janvier 1900; *Montpellier médical*, avril 1901.)

Péritonite à foyers multiples dans l'appendicite. (*Nouveau Montpellier médical*, 6 mai 1900, p. 561.)

Exemple d'une forme rare de péritonite, décrite pour la première fois en 1894, par Sonnenburg, sous le nom de péritonite fibrino-purulente généralisée progressive et appelée par M. Nélaton péritonite généralisée à foyers multiples. Elle est caractérisée par l'existence de nombreuses collections purulentes dans l'abdomen, limitées par des adhérences qui les enkystent et les isolent les unes des autres, sans aucune traînée purulente qui marque la voie suivie par l'infection propagée, et, dans une laparotomie, permet au chirurgien de soupçonner le nombre et le siège des abcès.

De la bactériurie. (*Gazette des hôpitaux*, 24 juin 1899, et *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, octobre 1899.)

La bactériurie (Roberts) ou microburie (Hogge) est caractérisée par l'émission d'urines contenant une très grande quantité de microbes, sans globules de pus, et sans autres symptômes cliniquement appréciables du côté des voies urinaires. Elle est donc fort différente de la pyurie, dans laquelle l'urine, chargée de pus, décèle l'inflammation aiguë ou chronique des reins ou de la vessie. Mais, comme la pyurie et l'hématurie, la bactériurie n'est qu'un symptôme, que des conditions étiologiques très diverses peuvent provoquer.

La bactériurie traduit l'infection vésicale, dont elle constitue le degré inférieur : l'urine seule est infectée, la vessie est exempte de toute inflammation.

Nous avons réuni tous les travaux que nous avons pu trouver sur ce syndrome clinique, encore mal connu dans ses conditions pathogéniques et dans ses caractères symptomatiques, et à l'aide de soixante observations, dont une personnelle, empruntées à Roberts (1881), Runeberg (1891), Krogius (1894), Goldberg (1895),

Hogge, Pedenko, Clopatt, Markovnikoff, Rovsing (1896), Escat, Carlier, Krogius (1898), Masius et Nolf, Imbert et Gaujon (1899), nous avons écrit une étude d'ensemble dont voici le résumé.

Nous pensons qu'il n'est pas sans utilité de connaître dans tous leurs détails les différents degrés d'infection des voies urinaires, surtout depuis que l'on sait la fréquence des pyélo-néphrites et des pyonéphroses « descendantes », qui trouvent une condition favorisante dans la rétention septique (rein mobile, compression urétérale, etc.) et leur cause déterminante dans le passage à travers les reins de microorganismes pathogènes. Aussi la division que nous proposons en bactériuries vésicales et bactériuries rénales, bien que difficile à établir dès maintenant sur une base clinique solide, nous paraît-elle avoir une réelle importance.

Caractères des urines. — A. Caractères physiques. — Recueillies aseptiquement, après lavage de l'uréthre antérieur et postérieur et écoulement du premier jet, les urines bactériuriques ont un *aspect* absolument caractéristique. Elles sont troubles, uniformément troubles à l'émission : examinées en pleine lumière, ce trouble est dû à « une opalescence particulière, scintillante », qui donne au liquide un « reflet chatoyant ». Si on agite le vase qui les contient, il se produit un tourbillonnement de nuages blanchâtres, comme si « une poudre fine et légère était en suspension dans le liquide ».

Ce trouble ne disparaît pas par le repos, ce qui rapproche les urines bactériuriques des urines rénales. Mais l'accentuation de ce trouble qui persiste dans toute la hauteur de l'urine, sans donner lieu à la formation de dépôt, permet d'éliminer d'emblée l'hypothèse d'une urine purulente. La centrifugation même ne l'éclaircit pas complètement, et le louche ne disparaît qu'après filtration sur porcelaine. Toutefois, en additionnant l'urine de parties égales d'alcool absolu, et en procédant ensuite à la centrifugation, on obtient tout le « sédiment microbien » (Hallé).

L'*odeur* est fétide, nauséabonde, persistante, incommodant le malade lui-même.

La *réaction* est, en règle générale, acide au moment de l'émission et persiste ainsi pendant les jours suivants. Dans tous les cas où elle était acide, l'infection était due au colibacille.

B. Caractères microscopiques. — Une goutte d'urine portée sous le microscope décèle la présence d'une quantité très considérable de microbes. Mais ici deux cas se présentent : dans le premier, l'urine contient seulement des microbes qui y ont pullulé avec une extrême abondance, à l'exclusion de cellules épithéliales, de globules de pus, de caillots sanguins ou de filaments. L'urine est alors absolument comparable à un bouillon de culture et doit uniquement aux agents infectieux son aspect chatoyant. C'est le cas le plus rare : il s'agit alors de *bactériurie* ou de *microburie pure* (Hogge). Habituellement, on trouve dans l'urine quelques globules de pus, associés ou non à des cellules épithéliales : on est alors en présence d'une *bactériurie mixte*, dans laquelle l'infection vésicale a donné lieu à un intermédiaire entre la microburie proprement dite et la pyurie. L'existence de quelques globules blancs trahit alors une inflammation ancienne ou légère des voies urinaires. Il y a là évidemment des termes de transition qu'il est quelquefois difficile d'apprécier avec netteté.

C. Caractères bactériologiques. — Au point de vue bactériologique, c'est le coli-bacille qui est l'agent habituel de cette affection, mais on a rencontré le staphylocoque blanc, le streptocoque, le proteus vulgaris, le bacillus subtilis, etc.

D. Caractères chimiques. — Ces caractères sont insuffisamment connus. Il est très vraisemblable que l'urine bactériurique doit posséder des qualités nutritives anormales pour permettre aux microbes de se développer en aussi grande abondance. Mais à l'heure actuelle, il est encore impossible de dire quelles sont les modifications chimiques qui correspondent à cet état particulier.

Étude symptomatique. — En dehors des caractères patholo-

giques des urines, il n'existe assez souvent aucun symptôme vésical : l'état général n'est en rien altéré, et il semble que la pullulation des microbes dans le réservoir urinaire soit parfaitement compatible avec l'état de santé normal. La vessie supporte silencieusement l'infection, comme dans les maladies générales qui s'accompagnent d'éliminations microbiennes par les reins ou d'altérations chimiques des urines. Il n'existe pas de besoin impérieux et les mictions ne sont ni fréquentes ni douloureuses. Et le malade, dans certaines observations, ne s'est présenté au médecin que pour se débarrasser de l'odeur nauséabonde de ses urines. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Et trois cas peuvent donc se présenter :

1° Bactériurie sans symptômes accessoires : bactériurie essentielle ;

2° Bactériurie accompagnée de symptômes locaux ou généraux ;

3° Bactériurie associée à une autre affection locale ou générale.

Étiologie et pathogénie. — Les microbes qui sont responsables de la bactériurie nous sont connus : le colibacille est l'agent habituel de cette affection.

Quelles sont l'origine et la voie d'accès de ces microbes ?

Pourquoi ces microbes cultivent-ils dans l'urine sans réaction inflammatoire de la vessie ?

Pourquoi la bactériurie devient-elle permanente ?

Tels sont les trois points qu'il faut déterminer pour établir la pathogénie de la bactériurie.

I. Origine et voie d'accès des microbes. — Les éléments infectieux pénètrent dans la vessie :

1° *Par invasion directe* : dans ce cas, l'urèthre, l'uretère, des solutions de continuité anormales leur ouvrent trois portes d'entrée facilement franchissables ;

2° *Par invasion indirecte* : les microbes sont alors transportés par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques et arrivent sous l'épi-

thélium vésical qu'ils doivent traverser pour tomber dans le réservoir urinaire.

Ce sont là les seules voies d'accés qu'aient les microbes pour pénétrer dans la vessie, et cette classification très simple, établie par Alharran, Hallé et Legrain, a le double avantage d'être complète et de présenter, par ordre de fréquence, les divers moyens de pénétration empruntés par les agents des infections vésicales.

II. Pourquoi y a-t-il infection vésicale sans cystite? — Nous arrivons maintenant au point important. Pourquoi y a-t-il bactériurie sans cystite, lorsque des microbes ont déterminé l'infection vésicale?

On sait, depuis que MM. Guyon et Albarran l'ont expérimentalement démontré, que la pénétration de microbes dans la vessie n'est suivie de cystite que s'il existe des conditions adjuvantes, telles que la rétention, la congestion ou le traumatisme. On sait qu'une vessie saine et normalement contractile chasse les microorganismes amenés par un cathétérisme septique, avant qu'ils aient eu le temps de provoquer l'inflammation de sa muqueuse. Il y a, en d'autres termes, infection avortée. C'est d'ailleurs également ce qni se passe quand une maladie générale s'accompagne de décharges microbiennes par les reins. Entraînés par les urines, les agents infectieux n'ont paa le temps de déterminer de la néphrite ou de la cystite.

Mais tout change si la vessie est traumatisée et sa muqueuse déchirée, si elle est congestionnée, ou ai elle a un bas-fond rétroprostatique dans lequel se fait de la stagnation ; lea conditions ne sont également plus les mêmes lorsque l'urine est modifiée dans sa composition chimique, ou quand les microbes sont introduits dans le réservoir vésical à dose massive ou doués d'une virulence très grande. Qu'une ou plusieura de ces conditions existent, et la pénétration de microorganismes dans la vessie donnera certainement lieu à l'infection de son contenu. Mais cette infection présentera plusieurs degrés : dans le moins prononcé, l'urine seule sera infectée, la muqueuse restera intacte ; il y aura seulement bacté-

riurie et suivant les cas colibactériurie, staphylococcurie, streptococcurie. A un degré plus marqué, il se produira une cystite avec pyurie, fréquence et douleurs des mictions. Telle est la conception qu'il est permis d'avoir à l'heure actuelle sur la bactériurie.

On voit donc que la bactériurie est un intermédiaire entre l'infection avortée et la cystite.

Grâce à ces notions de pathogénie générale, qui demandent encore, du reste, des expériences confirmatives et complémentaires, nous pouvons maintenant comprendre la pathogénie de la bactériurie et chercher à préciser :

1° *Comment elle s'établit;*

2° *Comment elle devient permanente.*

1° *Conditions favorisantes de la bactériurie.* — Il faut les chercher dans : 1° l'absence ou le faible degré des causes qui « diminuent la résistance de la vessie à l'infection locale » (Guyon) et qui sont : la rétention, la congestion et le traumatisme ; 2° dans la virulence atténuée des microbes; 3° dans le terrain, c'est-à-dire l'ensemble des conditions physiologiques qui font qu'un individu est plus ou moins réfractaire aux infections.

Le faible degré des conditions favorisantes de l'infection peut d'ailleurs produire dans d'autres organes les mêmes effets que dans l'appareil urinaire. De même que l'urine peut s'infecter sans cystite, de même la bile peut s'infecter sans cholécystite ou angiocholite. C'est là un fait qui a été démontré en 1890 par Gilbert et Girode dans leur communication du 27 décembre à la Société de biologie, grâce à une observation recueillie dans le service de M. le professeur Terrier.

2° *Conditions qui rendent la bactériurie permanente.* — Pourquoi, l'infection une fois établie, devient-elle permanente, même lorsque les causes adjuvantes qui l'avaient permise au début ont disparu ? Pourquoi, puisque les mictions chassent continuellement les microbes, les urines sont-elles transformées *in vivo* en bouillon de culture?

Deux raisons nous permettent de le comprendre : 1° parce que, en outre de la multiplication très active des microbes, ceux-ci sont, au moins dans certains cas, versés d'une façon presque continue dans la vessie, soit par les reins (bactériurie d'origine rénale), soit par la prostate (abcès de la prostate, prostatite chronique), soit par l'urèthre (uréthrite chronique). En d'autres termes, l'urine s'infecte au fur et à mesure qu'elle tombe dans la vessie. Nous pensons, et le cas d'Imbert en était un exemple fort net, que, chez les anciens blennorragiens, la prostate est la cause de la permanence de la bactériurie en déversant d'une façon presque continue ses sécrétions septiques dans l'urèthre postérieur.

2° La seconde raison est que la composition chimique de l'urine est vraisemblablement modifiée et que ses propriétés nutritives doivent être considérablement augmentées. Grâce à elles, des microbes même peu virulents, même introduits en petit nombre, peuvent facilement « s'acclimater » dans la vessie et se multiplier avec abondance. La présence de l'albumine sur laquelle insistent tous les auteurs contribue certainement à ce résultat. Mais il existe probablement, comme le fait remarquer Hogge, des modifications que la chimie ne nous a pas appris à connaître et qui donnent à l'urine les propriétés d'un véritable bouillon de culture. Les excellents effets du salol, qui se dédouble dans l'urine en phénysulfate de soude et acide salicylique, et de l'eau distillée ingérée en grande quantité qui délaye et étend le contenu vésical, montrent bien que les propriétés chimiques des urines jouent un rôle important dans la pathogénie de la bactériurie.

Nous terminons cette étude par quelques indications sur le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Un cas d'urémie dyspnéique traitée par l'éther à haute dose suivant la méthode de Lemoine. (Communication à la *Société des sciences médicales de Montpellier*, 20 janvier 1899.)

Orchi-épididymite tuberculeuse avec vaginalite purulente. (Communication à la *Société des sciences médicales de Montpellier*, mai 1900.)

Un cas de chancre simple phagédénique (avec une planche) (en collaboration avec M. le professeur agrégé Brousse). (*Nouveau Montpellier médical*, septembre 1898.)

Exemple de chancre simple serpigineux en surface ayant duré trois ans et guéri en quinze jours par les bains phéniqués chauds et des cautérisations au chlorure de zinc.

Constriction du pénis par un anneau d'acier chez un aliéné. (Communication à la *Société des sciences médicales*, 22 décembre 1899.)

Section presque complète du pénis. Reconstitution. Résultat parfait. (*Nouveau Montpellier médical*, juillet 1900.)

Fistule sous-ombilicale datant de quatre ans, secondaire à un abcès par fil dans une cure radicale de hernie. (Communication à la *Société des sciences médicales*, 15 juin 1900.)

Fragment de verre tranchant avalé par un enfant. Expulsion spontanée par l'anus sans accidents. (Communication à la *Société des sciences médicales de Montpellier*, 11 mai 1900.)

Décubitus acutus après une colpo-périnéorrhaphie. (Communication à la Société des sciences médicales. *Montpellier médical*, avril 1901.)

Membres.

Étude d'un cas de main bote cubitale pure coexistant avec d'autres malformations congénitales (en collaboration avec M. Guérin-Valmale). (*Nouveau Montpellier médical*, 26 mars et 1er avril 1899.)

Dissection d'une main bote cubitale pure avec luxation congénitale du coude (avec M. Guérin-Valmale, chef de clinique obstétricale). (*Bulletins de la Société anatomique*, novembre 1899).

Dans ces deux mémoires, j'ai décrit, en collaboration avec mon ami Guérin-Valmale, un cas nouveau de main bote cubitale double d'origine congénitale. Il s'agit d'un enfant né à la clinique d'accouchements de Montpellier, dans le service de M. le professeur Grynfeltt, avec diverses malformations portant sur les membres inférieurs et supérieurs.

Au repos, les mains de cet enfant étaient fortement déviées vers le bord cubital, l'axe de la main faisant avec celui de l'avant-bras un angle d'environ 120 degrés ; il y avait de plus une atrophie assez marquée de l'index et une laxité anormale dans l'articulation du coude. La radiographie nous permit de reconnaître que cette déviation reposait sur une malformation du radius avec incurvation en dedans de la partie inférieure de la diaphyse. Malgré que les épiphyses ne fussent pas visibles sur les clichés radiographiques, l'écartement considérable des deux os de l'avant-bras à leur partie supérieure permettait de conclure à une subluxation du coude (probablement subluxation du radius en avant).

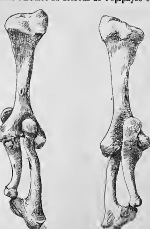
L'enfant vécut quinze mois et mourut de gastro-entérite. Nous avons pu faire la dissection de ses membres supérieurs dont on voit ci-dessous une photographie. Celle-ci a été prise la main étant au repos, telle qu'elle se plaçait naturellement pendant le

sommeil. La netteté de la déviation de la main vers le bord cubital, sans flexion palmaire combinée à cette déviation, permet de ranger



cette malformation dans le groupe qui correspond, d'aprés la classification de Bouvier, à la main bote cubitale pure. Cette variété était jusqu'à présent toute théorique, puisque les auteurs n'en citent qu'un seul exemple, celui de Robert, un qui est en réalité cas de main bote cubito-palmaire.

La dissection nous donna la clef de cette difformité : le squelette de l'avant-bras qui est figuré ici présentait les particularités suivantes : 1° l'épiphyse inférieure du radius, très volumineuse, était tordue et comme enroulée au-dessous de l'épiphyse cubitale cor-

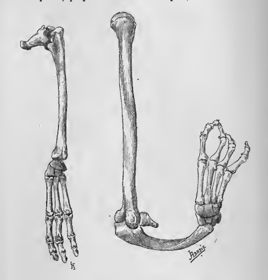


Face antérieure. Face postérieure.

respondante qui reposait sur elle comme sur un chapiteau ; il en résultait que sa surface articulaire, au lieu d'être horizontale, regardait en bas et en dedans et que le carpe était repoussé fortement vers le bord cubital ; 2° au niveau du coude, le radius s'était creusé une large cavité articulaire sur la face antérieure de l'épiphyse humérale, au-dessous du condyle, tandis que le cubitus avec lequel il n'était pas en contact était subluxé en arrière : il existait en somme une luxation divergente incomplète congénitale du coude.

Ectromélie longitudinale double des membres supérieurs avec absence de l'humérus gauche. (*Bulletins de la Société anatomique*, janvier 1901.)

Ces pièces, que je dois à mon ami Dauphin, interne à l'Hôtel-



Dieu d'Arles-sur-Rhône, sont un exemple intéressant de malformation congénitale des membres supérieurs. Elles proviennent d'un homme de 45 ans et présentent les particularités suivantes :

MEMBRE SUPÉRIEUR DROIT. — *Humérus* à peu près normal.

Le *radius* est représenté par nn petit os ayant le volume de la première phalange du pouce, articulé avec une facette correspondant au condyle de l'humérus, libre par son extrémité opposée. Le *cubitus* est fortement tordu suivant ses faces et suivant ses bords, formant un arc de cercle à concavité externe. Son extrémité inférieure s'articule avec le pyramidal. — *Main*. Absence des phalanges du pouce, du 1er métacarpien, du trapéze, du scaphoïde et du semi-lunaire.

Membre supérieur gauche. — *Avant-bras*. Le cubitus, rectiligne, s'articule avec le pyramidal, et par son extrémité supérieure avec un petit os qui a les plus grandes analogies de forme et de volume avec le radius droit. Faut-il considérer cet os comme une ébauche de radius ou, au contraire, comme l'humérus malformé, arrêté dans son développement ? L'examen de la ceinture scapulaire, en montrant les rapports de cet os avec l'omoplate, nous aurait permis de préciser ce point particulier. Malheureusement il fut impossible de se procurer les omoplates et les clavicules. L'articulation de cet os avec le cubitus qui représente nne trochléenne imparfaite fait penser qu'il s'agit là d'un humérus avorté. Le porteur de ces anomalies n'avait d'ailleurs pas de bras gauche : son avant-bras se rattachait au moignon de l'épaule et le membre de ce côté avait l'aspect d'une nageoire.

Main gauche. — Absence des phalanges du pouce et de l'index, du métacarpien correspondant, du trapèze, du trapézoïde, du scaphoïde et du semi-lunaire. L'apophyse unciforme de l'os crochu est à peine marquée.

En résumé, il s'agit d'un cas d'*ectromélie longitudinale double* avec absence probable de l'humérus gauche.

Fracture du cubitus au tiers supérieur avec luxation de la tête du radius en avant. (Communication à la *Société des sciences médicales de Montpellier*.) (*Nouveau Montpellier médical*, 1er avril 1900.)

La luxation de la tête radiale compliquant la fracture du tiers supérieur du cubitus est rare, et les travaux de Grenier, Löbker,

Dörfler, Stanciulescu, Mac Leod qui ont tenté d'en élucider le mécanisme n'en contiennent qu'un petit nombre de cas. Notre observation se rapporte à un enfant de 10 ans, chez lequel on avait méconnu la luxation radiale. Celle-ci fut réduite quelques jours après par M. le professeur Forgue, mais elle se reproduisit et devint définitive, sans gêner en rien les mouvements du membre.

Lipome sous-périostique du pied. (*Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1899.)

Nous n'avons trouvé dans la littérature qu'un très petit nombre d'observations de lipome du pied : ce sont les cas de Lokwood, Vogt, Gay, Larrey, Péan, Serret, Provans, Dolhoff et



Demons. Chez notre malade, âgé de 11 ans, la tumeur, du volume d'une orange, recouvrait une partie du dos du pied et s'enfonçait profondément, poussant un prolongement dans la plante. L'ablation nous permit de reconnaître que le lipome pénétrait en effet dans le premier espace interosseux pour s'étaler sous le métatarse, et qu'il s'était rattaché par un pédicule périostique aux deux premiers métatarsiens fortement excavés. Il s'agissait donc d'un *lipome sous-périostique du pied, d'origine congénitale*.

Épithélioma du talon avec adéno-phlegmon iliaque. (Communication et présentation de pièce à la *Société des sciences médicales de Montpellier*, 30 mars 1900.)

Épithélioma ulcéré du talon dont l'évolution fut intéressante par les particularités suivantes :

1° L'infection secondaire, au niveau de la surface néoplasique ulcérée, détermina un adéno-phlegmon du triangle de Scarpa.

2° Cet adéno-plegmon inguinal fut suivi d'une cicatrisation très lente et les orifices fistuleux prirent un aspect pseudo-épithéliomateux qui fit repousser l'amputation. Il s'agissait, en réalité, d'un adéno-phlegmon simple, sans propagation néoplasique, car la cicatrisation survint complète.

3° Il se développa insidieusement un adéno-phlegmon iliaque, parfaitement encapsulé dans la fosse iliaque interne et qui ne se manifesta par aucun symptôme apparent, à cause de l'état de faiblesse du malade.

Recherches cliniques et expérimentales sur les luxations du poignet (en préparation).

Nous avons réuni toutes les observations de luxations radio-carpiennes qu'il nous a été possible de trouver en langues française, anglaise, allemande, espagnole et italienne. Nous avons repris les expériences déjà faites par Bonnet pour réaliser expérimentalement la luxation du poignet. Malgré les dispositifs les plus variés, nous n'avons pu obtenir que des luxations ouvertes médio-carpiennes. Nous sommes arrivé à conclure que : 1° les observations publiées — nous en avons réuni environ 60 — se rapportent pour la plupart à des fractures de l'extrémité inférieure du radius; 2° dans les cas où l'examen anatomique a permis d'affirmer qu'il s'agissait réellement d'une luxation, une disposition congénitale ou acquise de l'articulation radio-carpienne est nécessaire pour que le déplacement du carpe soit possible sur l'avant-bras.

Arthrite tuberculeuse du poignet chez un vieillard. (*Nouveau Montpellier médical*, 29 avril 1900.)

Arthro-synovite tuberculeuse à marche rapide avec troubles trophiques très marqués du côté de la main. Amputation de l'avant-bras. Guérison.

Séquestrotomie tertiaire pour ostéomyélite traumatique de l'humérus datant de huit ans (*Nouveau. Montpellier médical*, 29 avril 1900).

Fracture ouverte du bras, infectée. La consolidation se fit parfaitement, mais le blessé conserva une fistule suppurante pendant huit ans. L'intervention permit d'enlever très facilement un séquestre cylindrique représentant 4 centim. de la diaphyse humérale. Guérison rapide.

Hygroma de la bourse séreuse des tendons de la patte d'oie. (Communication à la *Société des sciences médicales de Montpellier*, 17 février 1899.)

Fracture du condyle interne du tibia avec fissures épiphysodiaphysaires et subluxation du genou en dehors (en collaboration avec M. le professeur agrégé Bertin-Sans). (*Archives d'électricité médicale expérimentale et clinique*, octobre 1900.)

Les fractures unicondyliennes du tibia sont très rares. La radiographie nous a permis d'en étudier un cas intéressant.

Un homme de 30 ans reçoit un coup de pied de cheval sur la partie supéro-externe du mollet droit; dix jours après l'accident, nous examinons le blessé. Son genou droit est augmenté de volume, déformé, immobilisé; on ne peut pas déceler sur le tibia ni sur le fémur de crépitation, de mobilité anormale, ni même de *douleur localisée à la pression*. Nous portons le diagnostic

d'entorse du genou avec subluxation du tibia en dehors. Mais l'examen radiographique, fait par M. le professeur agrégé H. Bertin-Sans, nous montra qu'il s'agissait d'une lésion jusqu'ici considérée comme extrêmement rare : une fracture unicondylienne du tibia.

Nous donnons ici la reproduction phototypique d'une réduction de l'un de nos clichés radiographiqnes, le plus instructif, obtenu en radiographiant le membre d'avant en arrière (plaque en contact avec la région postérieure, tube à 50 centim., cintré sensiblement sur le milieu de l'interligne articulaire). On voit sur ce cliché qu'il existait : 1° un trait de fracture séparant le condyle interne du tibia de son épiphyse; ce condyle, repoussé en dedans par la force contondante, s'est effondré en bas et en dedans, perdant tout contact avec le fémur; 2° un déplacement des surfaces articulaires qui représente une subluxation de la jambe en dehors; en effet, le condyle fémoral externe a abandonné la cavité glénoïde sur laquelle il repose et se trouve logé dans une dépression creusée sur le plateau tibial par le fait de l'affaissement de l'épine et des régions pré et rétro-spinales du tibia; 3° deux fissures à peu près médianes et dans un plan parallèle à l'axe de l'os. La première, de 3 centim. de longueur environ, est située à l'union de l'épiphyse et de la diaphyse. La seconde naît au même niveau que la précédente et descend en ondulant légèrement sur une étendue de prés de 15 centim. ; il s'en détache plusieurs fissures secondaires, dont les deux plus nettes, situées l'une vers la partie supérieure, l'autre un peu au-dessous de la partie moyenne, se dirigent obliquement : la première vers le bord externe du tibia, la seconde vers le bord interne, qu'elle atteint après un trajet de 1 centim. et demi.

Le péroné était intact, de même que la rotule.

Lipome pédiculé de la racine de la cuisse. (Communication à la *Société des sciences médicales de Montpellier; Montpellier médical*, 17 février 1899.)

III. — THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De la voie sous-péritonéale dans certaines suppurations du bassin (Thèse de Montpellier, 1898, Prix Fontaine, mention honorable).

Noue avons voulu montrer dons ce travail que l'on pouvait évacuer et drainer en toute sécurité, sans traumatisme opératoire sérieux et sans intervention mutilante. certaines collections suppurées absolument *inextirpables* et *indirectement abordables* par la paroi ou par le vagin. Au lieu d'atteindre la lésion en ouvrant l'abdomen, on décolle le péritoino par l'incision de la ligature de l'iliaque externe et on parvient sur la collection pelvienne par un trajet sous-péritonéal qui draine le foyer sans aucun danger de propagation infectieuse.

Voici l'introduction et les conclusions de ce trovail, écrit sous l'inspiration de M. le professeur Forgue, qui montrent l'esprit dans lequel il a été conçu.

Avant-propos. — Nous ossistons, en ce moment, après des excès d'ovariotomies et de salpingectomies, à une réoction conservatrice à l'égard des annexes. La majorité des praticiens s'accorde à déclarer que beaucoup de cas, autrefois considérés comme justiciables de l'intervention chirurgicale, sont améliorés et guéris par le repos, l'antisepsie vaginale, les irrigations et les lavements chauds. Nous nous sommes inspiré de ces données, et notre travail n'est qu'un essai de constatotion des bons effets possibles d'une intervention simple et anodine, opération de drainage par excellence, quand il s'agit d'une tumeur persistante, purulente ou supposée telle, siégeant unilatéralement dans l'aire péri-utérine. Si l'on considère les résultots manifestes que fournit le traitement non opératoire, il est bien permis d'affirmer qu'un abcès salpingien n'oblige pas fatalement au sacrifice de la trompe et qu'une fois

celle-ci bien ouverte et bien drainée, une fois les collections circonvoisines, si fréquentes en pareil cas, ouvertes du même coup, ces tissus pourront s'assainir et guérir. Nous ne voulons donc qu'appeler l'attention sur une ressource peu brillante, il est vrai, mais capable de donner, avec un minimum de risques opératoires, un effet thérapeutique valable. Mais nous tenons à affirmer, dés le début, que les indications en restent rares et qu'il convient de n'y voir qu'une méthode exceptionnelle, bénéficiant surtout des contre-indications des autres modes de traitement.

Conclusions. — 1. L'incision sous-péritonéale consiste à pénétrer dans le bassin, en décollant le feuillet pariétal de la séreuse, sans ouvrir l'abdomen.

2. Employée par plusieurs chirurgiens, qui avaient étendu à l'incision de collections pelviennes suppurées la voie d'accés sur l'iliaque externe, elle a été vulgarisée par Pozzi, qui, le premier, en a systématisé l'emploi, à une époque où elle devait rendre des services fréquents.

3. L'opération se réduit à l'incision de la paroi au-dessus de l'arcade de Fallope, au décollement de la séreuse au niveau du détroit supérieur et de l'excavation jusqu'à la collection, que l'on peut ouvrir et drainer sans qu'une goutte de pus pénètre dans l'abdomen. — Le drainage par le vagin est le complément habituel de l'intervention.

4. Ses indications sont moins fréquentes depuis la vulgarisation et les perfectionnements de l'asepsie : toutefois, l'incision inguino-sous-péritonéale peut rendre des services dans les collections pelviennes non directement abordables par le vagin ou par la paroi, telles que paramétrites, phlegmons latéro-pelviens, adénites iliaques, hématocèles suppurés; dans les cas compliqués de phénomènes généraux graves qui contre-indiquent une intervention plus radicale; lorsque le diagnostic ne peut être précisé par l'examen simple.

5. Ses avantages en font, suivant les circonstances, un excellent moyen diagnostique, palliatif ou curatif.

Kyete hydatique de la plèvre d'origine hépatique ; réeection des huitiéme, neuviéme et dixième côtee ; évacuation de la plèvre ; guérison (avec M. le Dr Gibert, chef de clinique médicale). (*Gazette des hôpitaux*, 25 janvier 1900.)

Nous concluons que les kystes hydatiques de le plèvre sont presque toujours secondeires et que, même en présence d'un ces à symptometologie exclusivement pleurele, on n'est pes en droit d'effirmer qu'il s'agisse d'une locelisetion primitive.

Au point de vue thérapeutique, cette observation montre une fois de plus qu'une large thorececlomie d'emblée, avec résection étendue de plusieurs côtes, est le meilleur procédé pour obtenir l'évecuetion totele des vésicules hydetiques et éviter ces fistules bronchiques interminables qui menecent toujours, par infection secondeire, d'eboutir à le gengréne pulmoneire. Cette pretique, que notre meître M. le prof. Forgue e eppliquée depuis plusieurs ennées et de très bonne beure eu traitemeut des empyèmes, a donné entre ses meins des résultets remerquebles. Le bénignité de l'intervention, même chez un malede cachectique comme le nôtre, la repidité de le guérison qui e suivi, permettent de conclure que les indicetions opéretoires, dans les kystes bydatiques de le plévre, sont celles des pleurésies purulentes fistulisées : dès que le neture de la lésion sere reconnue, une large résection costale evec vidange de la plèvre et dreinege prolongé permettre l'éliminetion des vésicules filles, évitera l'ensemencement putride per une fietule bronchique et essurere, comme dens l'empyème, le comblement rapide de la cevité.

Action diurétique des injectione intra-veineuees de eolutions sucrées. Applications cliniques (avec M. Arrous, préparateur de physiologie à la Faculté). (*Nouveau Montpellier médical*, 12 novembre 1899).

Les expériences de Moutard-Martin et de Cb. Richet nous ont eppris que l'injection intre-veineuse de différents sucres (glycose,

saccharose, lactose, etc.) provoque la polyurie. Ces expériences ont été reprises à Montpellier par M. le professeur Hédon qui a déterminé les relations existant entre les actions diurétiques des différents sucres, leur toxicité et leurs propriétés osmotiques (1). Les recherches de MM. Hédon et Arrous ayant montré que l'on pouvait injecter par la voie veineuse 5 à 10 gr. de sucre par kilogr. d'animal sans provoquer le moindre accident, nous avons appliqué ces données expérimentales à la clinique et nous avons pratiqué sur l'homme, dans le service de notre maître, M. le professeur Forgue, et avec son autorisation, des injections intra-veineuses de sucre de canne et de lactose. Nous avons expérimenté avec la certitude presque absolue que nos malades ne couraient aucun danger, sur des cancéreux inopérables, dont les urines étaient normales comme quantité et composition chimique (sauf un certain degré d'hyperazoturie). Nous avons pu ainsi produire des polyuries immédiates très abondantes, sans autre phénomène qu'un frisson intense et prolongé et sans modification notable du pouls et de la température.

Les résultats expérimentaux communiqués à la *Société de biologie*, par MM. Hédon et Arrous, et l'innocuité du procédé cliniquement démontrée par les injections que nous avons pratiquées, permettent de penser que les sucres, introduits par la voie veineuse, peuvent, grâce au mécanisme particulier de leur action diurétique, rendre de grands services dans les cas d'insuffisance rénale et même dans certaines anuries.

Voici comment MM. Hédon et Arrous s'expriment à ce sujet dans leur communication du 11 novembre 1899 : « Les résultats des injections pratiquées sur l'homme ont été entièrement satisfaisants et il n'est pas douteux pour nous que ces injections intra-vasculaires de sucres ne soient appelées à rendre de grands services en thérapeutique dans certains cas. »

Nous n'avons malheureusement pas eu encore l'occasion d'appli-

(1) Arrous. *Société de biologie*, séance du 11 novembre 1989. — Hédon et Arrous, séance du 11 novembre 1899.

quer ces données expérimentales et cliniques à des malades qui aient pu nous permettre d'en constater l'efficacité thérapeutiqua.

Note sur le traitement de la syndactylie par le procédé de Didot perfectionné. (*Revue d'orthopédie*, janvier 1901.)

Nous avons décrit le procédé employé par notre maître,



FIG. 3. — Le lambeau palmaire recouvre le flanc de l'annulaire. Dissection d'un lambeau sur la face dorsale de la main pour combler la perte de substance de l'annulaire.

M. Forgue, pour la cure opératoire de la syndactylie congénitale. Il consiste dans les deux temps complémentaires suivants de l'opération de Didot, qui a l'inconvénient de ne pas permettre de recouvrir assez largement le deuxième doigt cruenté : on taille



FIG. 4. — Opération terminée. Le lambeau emprunté à la main, rabattu sur l'annulaire, est suturé sur sa face dorsale. Quelques points de suture rapprochent les lèvres de la plaie due à l'emprunt du lambeau.

sur le dos de la main un lambeau de peau correspondant à la surface à recouvrir et en tordant son pédicule on le suture aux bords de la perte de substance (fig. 3 et 4). Nous avons figuré, pour rendre l'opération plus facile à suivre, les deux premiers temps opératoires qui appartiennent à Didot.

Ce procédé permet de faire en une séance opératoire une « dac-

tyloplastie » étendue à plusieurs doigts, même s'il y a fusion osseuse : on recouvre ainsi de peau fine et souple, suffisamment lâche, les doigts libérés, et à la condition d'une asepsie parfaite, la cicatrisation se fait en deux semaines.

Épithélioma de la lèvre inférieure traité et guéri par le procédé de Cerny et Trunecek. (*Presse médicale*, 10 septembre 1898.)

Il s'agit d'un vieillard de 79 ans, atteint d'épithélioma de la lèvre ayant envahi la commissure et ulcéré la face muqueuse. Ce malade refusa l'ablation de son cancer ; nous l'avons traité par les badigeonnages à l'acide arsénieux et, à notre grand étonnement, après deux mois de traitement, la tumeur, du volume d'une grosse noisette, avait entièrement disparu. Le malade a été présenté à la Société des sciences médicales de Montpellier : sa lèvre était souple, la muqueuse buccale était saine, il n'y avait pas d'adénopathie. La guérison persistait deux ans après.

Note sur l'oxyde jaune employé en thérapeutique oculaire (avec M. Astruc, pharmacien supérieur). (*Nouveau Montpellier médical*, 26 février 1898.)

IV. — DIVERS

COLLABORATION A DES THÈSES pour lesquelles j'ai fourni des observations recueillies dans le service de M. le professeur FORGUE.

Bécamel. — *Contribution à l'étude de la grenouillette vulgaire ou kyste salivaire du plancher de la bouche.* Thèse de Montpellier, 1897-1898, n° 60.

Gayraud. — *Des lymphangiomes de la face.* Thèse de Montpellier, 1899-1900, n° 12.

Vahan Paacal. — *Contribution à l'étude de l'ostéomyélite du maxillaire inférieur.* Thèse de Montpellier, 1899-1900, n° 54.

Gigante. — *Des kystes dermoïdes latéraux du cou.* Thèse de Montpellier, 1899-1900, n° 59.

Montagnier. — *De l'œsophagotomie intra-médiastinale pour corps étrangers de l'œsophage.* Thèse de Montpellier, 1898-1899, n° 10.

Parlier. — *Des complications pleuro-pulmonaires des contusions du thorax et en particulier de la pneumonie traumatique.* Thèse de Montpellier, 1898-1899, n° 28.

Kaltcheff. — *De l'ouverture des kystes hydatiques du foie dans la cavité pleurale*, 1899-1900, n° 36.

Channac. — *Des abcès tardifs du foie à évolution lente.* Thèse de Montpellier, 1899-1900, n° 74.

Voronoff. — *De la péritonite à foyers multiples dans l'appendicite.* Thèse de Montpellier, 1899-1900, n° 44.

Tranchant. — *Contribution à l'étude de la gastrostomie.* Thèse de Montpellier, 1899-1900, n° 100.

Noël Blanc. — *De la dégénérescence calcaire des fibro-myomes utérins.* Thèse de Montpellier, 1899-1900, n° 29.

Reynès. — *Action régressive du curettage sur certains états fibromateux de l'utérus.* Thèse de Montpellier, 1898-1899, n° 46.

Paget. — *Des accidents tardifs consécutifs aux fractures de la colonne vertébrale.* Thèse de Montpellier, 1898-1899, n° 59.

Masquin. — *Des dépressions et fistules congénitales sacro-coccygiennes.* Thèse de Montpellier, 1898-1899, n° 55.

Rossi. — *De l'épispadias. Pathogénie et traitement. Uréthroplastie en un temps.* Thèse de Montpellier, 1897-1898, n° 20.

Mercier. — *Du lipome de la cuisse.* Thèse de Montpellier, 1898-1899, n° 60.

Hugues. — *Des fractures du tiers supérieur du cubitus compliquées de luxation de la tête radiale.* Thèse de Montpellier, 1899-1900, n° 55.

Sant. — *Contribution à l'étude de l'amputation interscapulo-thoracique,* 1898-1899, n° 49.

Pons. — *A propos de quelques cas inédits d'ostéomyélite récidivante,* 1898-1899, n° 87.

Kantcheff. — *Des hygromes de la bourse séreuse des tendons de la patte d'oie,* 1899-1900, n° 12.

Azaïs. — *Le lipome du pied,* 1899-1900, n° 68.

Dorson. — *De la transformation maligne des nævi pigmentaires.* Thèse de Montpellier, 1899-1900, n° 70.

Pauzier. — *De la sarcomatose cutanée généralisée primitive.* Thèse de Montpellier, 1898-1899, n° 57.

Guldenschuh. — *De la phlébite variqueuse et de son influence curatrice sur les varices*, 1898-1899, n° 104.

Charpentier. — *Du traitement du tétanos par les injections intra-cérébrales de sérum antitoxique*, 1898-1899, n° 50.

Milloux. — *Contribution à l'étude du traitement de la pneumonie en imminence de purulence par les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine* (Procédé de M. Fochier. Observations recueillies dans le service de M. le professeur Grasset). Thèse de Montpellier, 1894-1895, n° 30.

Tabakian. — *Contribution à l'étude anatomo-pathologique du galactocèle*. Thèse de Montpellier, 1900-1901, n° 34.

V. — LEÇONS CLINIQUES ET COMPTES RENDUS

Des hydrocèles péritonéo-vaginales, variétés funiculo-vaginales, leçon clinique de M. le professeur Forgue, publiée dans la *Presse médicale*, 20 mai 1896.

Ophtalmies lacrymales, leçon clinique de M. le professeur Truc. *Montpellier médical*, décembre 1897.

Les complications de l'accouchement de la gémellité, leçons faites à la Faculté par M. le professeur agrégé Puech, in *Montpellier médical*, 5, 12 et 19 mai 1898.

Présentations de pièces à la Société des sciences médicales de Montpellier.

Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Montpellier, dans le *Montpellier médical*, 1897, 1899, 1900 et *Presse médicale*, 1897-1898.

TABLE DES MATIÈRES

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE